

64-9 R. Olvera

Ca 2414

81-1-e-17

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD CENTRAL

No
1904

TUBERCULOSIS OSTEO-ARTICULAR Y SU TRATAMIENTO

TESIS DEL DOCTORADO

POR

D. MANUEL PANIZO Y MUÑOZ



Médico por Oposición del Hospital Central y Profesor agregado

á la Facultad de Medicina de Sevilla.

1905.

=====

Encomiar la importancia del tema ante un Tribunal tan ilustrado, sería impertinente, y aunque el tema elegido por mí, resulta difícil por las escasas dotas con que cuento, estas serán suplidas con vuestra benevolencia al escucharlo.

EXCMO. é ILMO. Señor : Brero de la

Si importante y de actualidad es el problema clínico de la tuberculosis pulmonar y otras vísceras, que por hoy están sometidas al tratamiento farmacológico y suero terapico, no lo es menos el estudio de la tuberculosis que afecta á los huesos y articulaciones, yá por las lesiones y trastornos que producen en los miembros, yá por los desordenes generales á que dan lugar, por la propagación del germen tuberculoso á los órganos nobles de la vida. El tratamiento de la tuberculosis de los huesos y de las articulaciones, constituye hoy uno de los triunfos más grandes de la cirugía moderna y muchas veces un procedimiento quirurgico empleado á tiempo, no sólo salva un miembro, sino que libra al individuo de una infección general.

Encomiar la importancia del tema ante un Tribunal tan ilustrado, sería impertinente, y aunque el tema elegido por mi, resulta difícil por las escasas dotes con que cuento, estas serán suplidas con vuestra benevolencia al escucharme, porque como modesto obrero de la ciencia, no podré aportar á ella valiosos descubrimientos pero procuraré ser eco fiel de lo observado por mi en la práctica, y si de mis observaciones pudiera resultar algo útil para la humanidad ese sería en mejor premio que pudiera obtener éste humilde trabajo.

Para mayor claridad y método en la exposición, me ocuparé en primer término, de la Patogenia y etiología de las afecciones tuberculosas de los huesos y articulaciones, pasando á estudiar después, su sintomatología y anatomía patológica, marcha, duración, terminación diagnóstica, pronóstico, y tratamiento, terminando con las conclusiones que se desprenden de éste estudio.

PATOGENIA Y ETIOLOGIA

El estudio de la patogenia de la tuberculosis de los huesos y de las articulaciones ha sido objeto de diferentes apreciaciones según las épocas y los autores que se han ocupado de ella. En los tiempos de Hipocrates y Galeno, yá éstos conocian sus formas clinicas, en particular la tuberculosis de las vertebras, y la de las epifisis de los huesos largos, pero confundian las formas ulcerosas, fungosas, supurativas, é hipertróficas.

Posteriormente desde que Percival Pott, describió de nuevo la tuberculosis vertebral llamado mal de Pott, continuando estas investigaciones Noel, Delpech Serres, Michel hasta A. Nelaton que nos ha dado una clásica descripción de la tuberculosis ósea y articular, continuaron las investigaciones hasta nuestros dias que Ollier Lanelon, Poncet, Gangoûphe Mauclair, Rubio y otros han dado una noción exacta de la patogenia de estas afecciones.

Hoy se admite sin género de duda que la tuberculosis es única, encontrándose el bacilo de Kock en las epifisis y diafisis de los huesos, así como en las articulaciones, y aunque existen ciertas formas pseudo-tuberculosas en las que se encuentra el bacilo de Eberth, y no el de Kock, esto á mi juicio no indica más que una modalidad clínica que hace confundir la escrofula con el tuberculo, y que desde los tiempos hipocraticos hasta los actuales, deja en el misterio si estos procesos llamados pseudo-tuberculosos son ó no análogos á los francamente tuberculosos.

Desde luego admitimos sin ningún género de duda porque así nos lo ha demostrado la clínica y el examen histológico, que la tuberculosis que afecta á los huesos y á las articulaciones, es análoga á la que observamos en los pulmones, en las meninges y en las vísceras abdominales, siendo su modalidad la granulación gris, con sus variantes de infiltración puriforme y opaca, amarilla y gelatiniforme descrita

por Lanelongue, encontrándose unas veces el bacilo de Kock y otras no, como acontece en las formas pseudo-tuberculosas.

Estas granulaciones ó modulos tuberculosos, los encontramos en los huesos ricos en tejido esponjoso y de medula roja, escojiendo de preferencia el tuberculo los cuerpos de las vertebrae, las epifisis de la tibia, femur, humero, asi como sus diafisis en muchas ocasiones, pués el tuberculo no busca para anidarse ni órganos ricamente vasculares ni aquellos que no lo son.

En cualquier parte del hueso que se desarrolle el bacilo tuberculoso determina la muerte del hueso, yá en forma ulcerativa (caries) ya en la de muerte parcial (secuestro) porque los tejidos sanos reaccionando sobre los tejidos enfermos, le forman una barrera por la inflamación desarrollada, que acaban por localizar la acción del tuberculo y eliminando el secuestro se cura el hueso afecto.

Esto obedece según Koenig, á que las masas de sustancia caseosa que

que encierran bacilos, son arrastradas por el torrente circulatorio hasta el hueso, deteniéndose en un pequeño vaso y formándose una embolia ó tapon que impide la corriente por los vasos. Mauclaire ha demostrado las frecuentes alteraciones del sistema linfático en la tuberculosis de todos los aparatos del organismo, y como la médula ósea es un órgano mitad linfático, y mitad sanguíneo, la osteo-tuberculosis resulta para Mauclaire una adeno-tuberculosis, comprobada por los hechos clínicos, pues la tuberculosis ósea vá frecuentemente acompañada de tuberculosis ganglionar local ó generalizada.

En la patogenia de las tuberculosis articulares, admitimos las formas microbianas, las puras y las mixtas ó asociadas. Las primeras llamadas pseudo-tuberculosas que desde Lisfranc fueron sospechadas de tuberculosas en los tumores blancos, hasta Max Schuller que demostró que realmente eran lesiones tuberculosas, puede decirse que todos los clínicos han discrepado sobre si la tuberculosis articular es primitiva ó consecutiva como también si al par que el tuber-

culo reside en la articulación existe en los pulmones ó en otras
visceras. Yo puedo decir que en los numerosos enfermos que he visto
en mi clínica del Hospital, he observado muchos con tuberculosis ar-
ticulares, (rodilla, cadera, codo, tarso &) sin encontrar síntomas de
tuberculosis pulmonar, en otros existía al par que la tuberculosis
articular manifestaciones tuberculosas pulmonares, y en otros des-
pues de curada la lesión articular se desarrolló la tuberculosis pul-
monar, forma más frecuente, pues no la he observado más que en raros
casos en el peritoneo. Existen pues para mi concepto, infecciones
articulares por el bacilo de Kock primitivas y francamente tubercu-
losas, como existen formas asociadas ó mixtas con los microbios or-
dinarios del pus.

Las formas puras de la tuberculosis han sido estudiadas por Pawlows-
ky, quien en sus experimentos en los conejos por las inyecciones en
las articulaciones de estos animalitos, de culturas de bacilo de
Kock en glicerina peptonizada, le demostraron que á las doce horas
de puesta la inyección la infección del tejido conyuntivo, de la si-

novial, y la aglutinación de los bacilos por los globulos blancos emigrando estos con los bacilos é infectando todo el organismo. La clinica como el laboratorio demuestran, que todas las tuberculosis lo mismo osea que articulares, no tienen igual grado de virulencia, y yo distingo en estas tuberculosis formas graves y formas benignas, que es lo que Arloing llama lesiones tuberculosas atenuadas, y en estos casos es en los que dan resultado los medios incruentos como diré al ocuparme del tratamiento.

Las formas mixtas ó asociadas, por último, vienen á agravar la situación, pues á la malignidad debida á la acción del bacilo tuberculoso se agrega la de los microbios del pus que proceden casi siempre de la comunicación de los focos tuberculosos con el exterior. Estas tuberculosis mixtas van acompañadas de sintomas locales que destruyen no solo las articulaciones sino los huesos ocasionan trastornos generales, fiebres de reabsorción &. lesiones pulmonares, que según unos opinan, algunas veces no son tuberculosas, porque se curan cuando lo hace la articulación, por lo que se cree sea debida la infec-

ción al bacilo de Eberth. Teniendo en cuenta estos datos, Lanelongué ha dividido las tuberculosis articulares, en no supuradas y no abiertas al exterior, en supuradas y no abiertas, y en supuradas y abiertas ó fistulosas. Esta clasificación de Lanelongué la hemos visto repetidas veces comprobada en la clínica y más adelante tendremos ocasión de volvernos á ocupar de éste punto.

ETIOLOGIA.

La etiología de las osteoartritis tuberculosas es la misma que la de todas las lesiones tuberculosas en general. La herencia que se invoca como una de las más importantes no lo es sino en cuanto á la predisposición á contraer la tuberculosis que los ascendientes legan á sus descendientes. Luego, el contagio, el genero de vida, la alimentación, la aireación, y los medios sociales donde se desarrolla y cria el individuo, contribuyen á formar esa legion numerosa por desgracia en España, de niños débiles, raquiticos, en los que la miseria

fisiologica corre pareja con la miseria moral, y ese pauperismo orgánico no puede dar de sí otra cosa más que tuberculosis que unas veces invade los huesos y las articulaciones otras las meninges, el peritoneo, los pulmones &c. dando un contingente numeroso á los Hospitales y Asilos de niños enfermos, porque en estos y en los juvenes son más frecuentes que en otras edades de la vida, las coxalgias, las artritis tuberculosas llamadas tumores blancos de la rodilla, tarso y codo, las llamadas espinas ventosas, de las osteitis y osteomielitis, las escoliosis vertebrales confundidas y englobadas bajo el nombre de mal de Pott, que no son otra cosa que infiltraciones tuberculosas del cuerpo de las vertebrales ó de su masa apofisaria. Se invoca el traumatismo como causa (muchas veces) de las lesiones tuberculosas de los huesos y articulaciones, y yo afirmo porque la experiencia así me lo ha demostrado, que los niños que se tuberculizan cuando se caen es porque eran candidatos á la tuberculosis pues siendo tan

frecuentes las caídas y golpes en ellos no se dan en todos las tuberculosis de sus huesos y articulaciones. En un niño robusto de buena procedencia y de sana vida física y moral cuando cae, podría producirse una artritis simple, que cura á los pocos días, pero en un niño predispuesto se dá un tumor blanco.

En general diremos que todas las causas que produzcan debilitación de las fuerzas orgánicas son abonadas para el desarrollo de la tuberculosis yá en los huesos y articulaciones yá en las vísceras.

En las convalecencias de las fiebres eruptivas en los niños, como la viruela, sarampión &. que aparecen abscesos en la piel y en las glandulas, en los oídos &. he visto desarrollarse después osteo artritis tuberculosas pués todo lo que deprime el organismo es puerta de entrada para la infección tuberculosa.

Entre las causas predisponentes locales se cita la estructura de ciertas epífisis en los huesos largos tales como el humero, fémur &.

siendo más frecuentes invadidas por el proceso tuberculoso, aquellas epifisis que son muy esponjosas y en que el tejido compacto es muy delgado como ocurre en la cabeza del humero, tibia, condilos del femur ~~en~~ condilo y troclea del humero, trocantes ~~r~~ mayor cuerpo de las vertebrae, calcaneo, esternon y costillas, que dada su disposición ~~areolar~~ son verdaderos nidos de tisis osea, que luego se propaga de la epifisis al interior de la articulación. En las epifisis de ciertos huesos como la cabeza del femur y cupula del radio, se ve que es rara la tuberculosis. Hay que tener en cuenta para la invasión de la tuberculosis en los huesos y articulaciones que la rodilla, la cadera y el codo forman el 80 por 100 de los invadidos y en los niños de uno á seis años he podido observar la relativa frecuencia de la artritis tuberculosas calcaneo-astragalina pues han sido muchos los casos operados por mi de resección del ~~astragalo~~ astragalo. En las articulaciones y huesos más movibles y más fáciles de ser traumatizados, son

en las que hemos observado mayor número de lesiones tuberculosas, y en los niños dada la estructura esponjosa de sus epifisis y la mayor frecuencia en los traumatismos, hacen que sea más fácil la osteotuberculosis inicial.

En el niño y en el adolescente, la tuberculosis ósea y articular, puede permanecer mucho tiempo localizada á una sola región del organismo. En el adulto según hemos observado vá casi siempre acompañada de tuberculosis visceral siendo la pulmonar la forma más frecuente.

Demostrado hoy que la tuberculosis es una, sean las que quieran las lesiones que determine, que es de naturaleza microbiana, y el microbio que le dá origen al bacilo de Kock, cabe preguntar ¿cómo penetra en el organismo? ¿Cómo puede explicarse la trasmisión hereditaria y cuales son las reacciones del organismo con relación al agente tuberculoso?

Nosotros creemos que el bacilo procede de todas partes, existe en los medios en que vivimos, en el aire que respiramos, en los alimentos que ingerimos, en la atmosfera de nuestras poblaciones, en los talleres, colegios y hospitales, en todos aquellos sitios donde haya tuberculosis el aire se encuentra lleno de esputos desecados que desgraciadamente por infracciones higiénicas respiramos.

No puede pues ponerse en duda la introducción del bacilo por nuestros pulmones, como no puede dudarse de la ingestión por el tubo digestivo por la leche de las vacas tuberculosas, según han demostrado las experiencias de Chaveau y Pauli. Las erosiones de la piel son tambien puerta de entrada por la via linfatica al bacilo de Kock, pero la via pulmonar es entre todas la más frecuente, pues la entrada por la piel es excepcional y por el tubo digestivo la cocción de los alimentos procedentes de las carnes de animales tuberculosos hacen sea menos frecuente éste modo de invasión.

Ya hemos indicado más arriba el papel tan importante que desempeña la herencia, pero es lo cierto que existen numerosos casos de tuberculosis adquirida.

En cuanto á la unidad del proceso tuberculoso, todos estamos hoy de acuerdo en ello, y unicamente la división que puede tener un valor verdaderamente práctico, es la de las tuberculosis accesibles al Cirujano, y las de orden esencialmente médico. Difícil es dados los progresos de la cirugía moderna, establecer estos lindes porque hoy la Cirujía^{que} cuenta con tan poderosos elementos como la asepsis y antisepsis, la hemostasia preventiva y la anestesia, es difícil que el Arte quirúrgico se detenga en su intervención en los órganos profundos, en una palabra en las vísceras; pues son frecuentes las operaciones en las peritonitis tuberculosas, en las tuberculosis renales y aún la cirugía pulmonar ha sido sino aceptada al menos muy discutida.

Hace veinte años nadie hubiera osado tomar el bisturi para atacar estos órganos nobles, y hoy dados nuestros conocimientos, no es posible poner una barrera inmutable entre la Cirujía y la Medicina, pues la primera ha hecho bastantes incursiones en el campo de la segunda y todavía podemos esperar mayores y más atrevidas intervenciones en la cirugía cerebral. &[-----

ANATOMIA PATOLOGICA

Hemos dicho que en los huesos, el asiento de la tuberculosis se halla en los más ricos en tejidos esponjosos y de médula roja, y que su sitio predilecto es en la epifisis de los huesos largos, habiendolas observado nosotros muchas veces en la diafisis especialmente en los adultos. En nuestra clinica hemos tenido ocasión de observar casi siempre en los niños de cinco á doce años la tuberculosis epifisaria, encontrando la infiltración tuberculosa unas veces bajo el cartilago, otras en los rodetes pericondriacos, y otras bajo el pe-

riostio. En los huesos como el raquis, los del pié y mano, es donde más observamos la tuberculosis; á nuestro juicio dada su arquitectura areolar y sus funciones. En cambio la epifisis de la extremidad superior del cubito, la cabeza del femur, la cúpula del radio y la rotula, son rara vez invadidas primitivamente por la tuberculosis, y como he tenido ocasión de comprobarlo en diferentes niños operados de coxalgia, encontrar la cavidad cotiloidea llena de fungosidades y la cabeza del femur sana. Las lesiones macroscópicas observadas en los huesos afectados de tuberculosis, revisten diversas formas, y se presentan bajo distintos aspectos.

Unas veces observamos infiltraciones de color gris y semi transparentes, otras, la infiltración es puriforme, otras parecida á la gelatina, encontrándose los huesos ulcerados (caries) en porciones más ó menos grandes y en otras condensación del tejido oseo, verdaderas hiperplasias oseas como he tenido ocasión de ver en la tibia de un

adulto en la parte media de su diafisis que se encontraba enormemente engrosada y su canal medular estrechado, pero lleno de fungosidades, tuberculosas con el bacilo de Kock que el examen histológico se encargó de confirmar. En otros casos encontramos secuestros más ó menos grandes, invaginados ó no, y descubiertos por encontrar en el hueso ventana ú orificios que nos denuncián la existencia de ellos rodeados de pus y de fungosidades.

Las fistulas osteo-cutáneas, denunciadoras de un proceso mixto, nos hacen descubrir la lesión tuberculosa acompañada de los microbios del pus procedentes del exterior.

En los secuestros, observamos, unos, que son duros, eburneos, formados por tejido caseo condensado, otros areolares algunos adherentes y lo más libres, flotando en la actividad medular del hueso. El tuberculo en los huesos se encuentra tambien circunscrito ó enquistado formando una pequeña masa de color amarillo que más tarde se funde, se

reblandece, y sufre la transformación caseosa formando en el hueso una verdadera caverna tapizada por una neo-membrana tuberculosa, que contiene tuberculos en diversos grados de evolución. Estas cavernas son de cinco á treinta milímetros de diámetro, circunscritas, y tienen poca tendencia á difundirse por el tejido oseó vecino. Generalmente se observan en las vertebrae (cuerpo) y en las epifisis de los huesos largos. Unas veces se comunica la infiltración tuberculosa á una articulación inmediata, otras bajo el periostio, originando un absceso, y otras se forma lo que llamamos un absceso por congestión.

En muchas ocasiones quedan estos focos limitados y se curan por reabsorción, ó transformación fibrosa, como supongo habria ocurrido en una joven de 20 años á quien abrí un absceso por congestión en la región inguinal derecha procedente de una caries^s tuberculosa del cuerpo de las vertebrae dorsales y que al cabo de dos meses, se cu-

ró el absceso y la enferma se encuentra restablecida del todo. Como no hubo una intervención quirúrgica directa en la vertebra, ó vertebras afectas, es de presumir éste modo de curación por reabsorción del foco tuberculoso, ó por transformación fibrosa.

Otra de las formas de invasión del tuberculo en los huesos es la llamada caries de los antiguos, que hoy no es otra cosa que una osteitis tuberculosa caracterizada por la rarefacción ó ulceración del tejido oseó. No he de entrar en detalles para describir la osteitis porque de todos es bien sabido, pero si he de hacer constar y en ello estoy conforme con Lanelongue que lo que nosotros llamamos fungosidad no tiene nada de específica porque estos fungus ú hongos como decia muy bien en sus lecciones clínicas nuestro malogrado maestro Dr. Rubio, se encuentran en todas partes y en individuos que no son tuberculosos, así que solo es específica cuando contiene la fungosidad el folículo tuberculoso y los bacilos de Kock. La caries tuber-

culosa la encontramos casi siempre en enfermos agotados por largas supuraciones, ó por una afección anterior del esqueleto, en que los huesos presentan una rarefacción especial que facilita la propagación de las lesiones,

Encuentranse también las llamadas caries secas en las que se observa el hueso destruido en gran extensión, y sin supuraciones, siendo esto motivo muchas veces sino se hace el análisis histológico de confundir estas caries con la ~~la~~ sífilis.

Los abscesos osifluentes, emigrantes ó por congestión descritos por Le Dran, Pott, P. Bell y últimamente por Lanelongue, no son más que colecciones de pus, encerradas en los tejidos vecinos al hueso enfermo, donde se encuentra la fuente originaria ó punto de partida. El pus allí formado desciende ó asciende según los casos, por las vainas de los vasos, por el intersticio de los músculos, en los canales que forman, destruyendo el tejido celular, acumulándose los productos

pus y fungosidades, llegando hasta la piel donde forman bolsa accesible á la intervención del cirujano. El pus es tuberculoso, de color blanco amarillento, seroso, grumoso y con arenillas oseas, contiene pocos bacilos á no ser en la periferia de la membrana tuberculosa.

El tuberculo invade tambien el periostio y los cartilagos de los huesos dando origen á las periostitis y condritis tuberculosas con engrosamiento del periostio observandose densificaciones lardaceas, y osteofitos subperiosticos.

En los cartilagos, la invasión primitiva del tuberculo es rara, casi siempre es consecutiva según diremos más adelante cuando nos ocupemos de las artritis.

La tuberculosis diafisaria de los huesos cortos, son raras, encontrandose con más frecuencia la llamada espina ventosa de los dedos que desde Nelaton hasta la actualidad se consideran de naturaleza tu-

berculosa.

Las lesiones que con el microscopio apreciamos en los huesos afectados de tuberculosis son varias y el estudio del tuberculo enquistado, ^{sus} por diferentes fases, mancha amarilla inicial, el foliculo tuberculoso, &. ocuparian mucho espacio que harian muy extenso éste trabajo y paso á ocuparme de la anatomia patologica de la tuberculosis en las articulaciones de una manera muy concisa como acabo de hacer con los huesos, para entrar de lleno en la sintomalogia.

Todas las articulaciones pueden ser invadidas por la tuberculosis, á excepcion de las suturas,, pero las diartrosis son las más frecuentes invadidas, por ser las de más movimiento, y las más espuestas á frotos, golpes, &. siendo las que más observamos en la práctica las de la rodilla, cadera, codo, mano, pié, vertebras &.

Se han descrito diversas formas anatomicas en las artritis tuberculosas, pero nosotros adoptamos la clasificación de Mauclaire, que las dividê en tipicas, y atipicas.

En efecto, en la práctica observamos casi siempre como forma típica la tuberculosis osteo-articular fungosa caracterizada por el tuberculo epifisario que evolucionando, invade más tarde la diafisis siguiendo la corriente de los vasos linfáticos, y esto nos explica como muchas veces, un tumor blanco de la rodilla al parecer limitado á la articulación, aparece más tarde la invasión en la medula del fémur por ejemplo, y exige la amputación consecutiva del muslo, y á veces hay necesidad de una reamputación del hueso, para curar una fistula persistente.

La invasión de la articulación por el proceso tuberculoso, cuando procede del hueso, lo hace destruyendo en uno ó varios puntos el cartilago epifisario, ó al traves de la capsula articular perforada por un absceso tuberculoso, ó por los vasos linfáticos que pasan por los alrededores de la sinovial.

Las lesiones primitivas de los cartilagos son raras, lo corriente

es que sean consecutivas, y presentan las tres lesiones siguientes: reblandecimiento, desprendimiento y ulceración. En la primera fase de invasión se vé el cartilago que ha perdido su color, su brillo, y presenta ese estado llamado velvetico, está ulcerado de un modo regular como si hubiese sido hecho con un sacabocados la perdida de sustancia.

En la sinovial vemos infectada sus franjas y en derredor de los cartilagos diartrodiales, formandose una exudación en el tejido celular perisinovial.

Luego sobreviene un derrame más ó menos rojizo en la cavidad de la sinovial, que se va enturbiando apareciendo más tarde globulos de pus y copos de albumina, observandose en la generalidad de los tumores blancos típicos, una masa grisacea ó rojiza parecida á la gelatina descrita por Lanelongue y pequeñas perlas amarillentas del tamaño de granos de mijo que no son otra cosa que granulaciones tuber

culosas. Estas fungosidades se transforman en tejido fibro-adiposo, cuando camina el proceso á la curación por los medios que indicaremos al hablar del tratamiento. No sólo encontramos en las artritis tuberculosas las fungosidades, sino que observamos en periodo avanzado la destrucción parcial de los cartilagos; los ligamentos estan reblandecidos y fungosos, destruidos, los que favorece la luxación del hueso como ocurre en la coxalgia al romperse el ligamento redondo intrarticular, ^{las} vainas serosas y tendinosas vecinas ó cercanas á la articulación son invadidas, y encontramos á veces los tendones á veces reblandecidos, ulcerados, ó destruidos, El periostio es tambien alterado por el proceso tuberculoso ya primitiva, ya secundariamente, encontrandose engrosado, lardaceo, unas veces liso, y otras en la capa subperiostica, lleno de osteofitos que se desprenden de la capa compacta del hueso, encontrando en ésta capa subperiostica colecciones más ó menos abundantes de pus tuber-

culoso. Desde el periostio á la piel es invadida por estos abscesos frios, que serpeando por el tejido celular llegan al ^{rimis} ~~denmis~~, éste se ulcera en uno ó varios puntos y aparecen varias fistulas características, por su forma en culo de pollo, de color rojo vinoso, exhalando un pus que no puede confundirse con el pus ordinario, pero á veces se asocia como hemos dicho á la infección tuberculosa, la de los estreptococos y estafilococos del pus ordinario constituyendose la forma mixta ó asociada.

Los vasos y los nervios, sufren tambien alteraciones en su textura á consecuencia de las compresiones que sufren.

Los musculos sufren degeneración lardacea y se atrofian; las aponeurosis se relajan y son invadidas por sus aberturas naturales, y los tendones próximos á la articulación enferman, se acortan tambien, á nuestro modo de ver por la inacción á que se somete el miembro afecto, pero otras veces se nota alargamiento particularmente en los co-

xalgicos, lesiones dependientes de la atrofia muscular y así se explican las luxaciones patológicas. Para completar la anatomía patológica de las artritis, diremos que existen varias formas entre ellas, la seca, la intra y extra articular, las caries carnosas, la forma hiperostósante, y las formas sinoviales. Entrar á describir cada una de ellas daría lugar á hacer muy extenso éste trabajo y con enunciarlas basta, para comprender cual sea su modalidad patológica. Paso pues á ocuparme de la sintomatología.

SINTOMATOLOGIA

La sintomatología de la osteoartritis tuberculosa clínicamente estudiada según nos ha comprobado la práctica ofrece tres periodos distintos. El primero es insidioso y rara vez agudo. El niño ó el adolescente (por ser rara vez en los viejos) yá por un traumatismo á quien se invoca como causa, ó á consecuencia de enfermedades anteriores como la viruela, sarampión, grippe &. y sirviendo de ejemplo la coxalgia, se queja de dolor de la cadera principalmente por la

noche y al hacer ciertos movimientos, cojea algo, habiendo días en los cuales no hay ningún dolor. Si se trata de la columna vertebral por ejemplo, notamos al andar actitudes viciosas, unas veces el enfermo se inclina hacia delante, otras hacia atrás generalmente apoyándose las manos en los muslos ó en los objetos cercanos.

Estos primeros síntomas de dolor y de actitudes viciosas suelen atribuirse muchas veces al reumatismo, y son sometidos estos enfermos á medicaciones antireumáticas &. hasta que aparece el segundo período ó de supuración y entonces viene á confirmarse la tuberculosis del hueso ó de la articulación. En el caso de ser sólo el hueso afecto, el dolor es local, y sirviéndose del compás de espesor notamos en el punto enfermo un abultamiento alargado particularmente en los huesos muy superficiales, como las tibias por ejemplo y se observa que la hinchazón forma cuerpo con el hueso, encontrándose los músculos cercanos algo atrofiados, los ganglios vecinos se ha-

cen yá perceptibles, no hay fiebre, pero la impotencia muscular es frecuente y las actitudes viciosas precoces.

En el segundo periodo ó de supuración tuberculosa subcutanea, se observa yá la fluctuación; la piel se adelgaza, toma un tinte rojo vinoso, se ulcera y dá salida al pus, tuberculoso, que es un liquido seroso que contiene granos caseosos y arenillas oseas como hemos dicho, siendo la cantidad del pus invariable, muy abundante en los primeros días, disminuyendo después pero conservando siempre sus caracteres, al menos de una infección estreptocócica venida del exterior.

El estado general se transforma, pues el enfermo está pálido, se demacra, algunos, los más, tienen fiebre de algunas décimas de grados y localmente se aprecia aumento de temperatura. He observado en todos estos enfermos que el cabello pierde su brillo y lozania pareciéndose al pelo de las ratas, generalmente estos enfermos tienen el as-

pecto de tuberculosos á la simple inspección,pués son delgados,de color pálido,las orejas despegadas,estrechos los diametros toracicos,&. en una palabra al par que la existencia de las fistulas su aspecto exterior viene á confirmar luego el juicio formado por la inspección total.

Si á la supuración tuberculosa del absceso frio se asocia una infección de pus ordinario entonces si tiene el enfermo fiebre alta como en los abscesos ordinarios.

El tercer periodo de fistulización y de infecciones asociadas,está constituido por la alternativa de supuración tuberculosa y piogena,se tuberculiza el orificio y trayecto de la fistula tapizada por la membrana tuberculogena,y algunas veces mezclado con el pus salen arenillas ó pequeñas esquirlas de hueso,que denuncian estar el esqueleto enfermo,otras veces el pus dá un olor cadaverico,putrefacto con alguna cantidad de sangre revelandose la existencia

uestatststststststro. Las lesiones que origina el tuberculo én los hue-
ciriririririrircunscritas generalmente en las epifisis,y más ó me-
as e e e e e e en las diafisis,pués muchas veces hemos encontrado
la lalalalalalala diafisis de un hueso y recordamos haber extraido
una a a a a a a ocasión un secuestro de toda la diafisis.

atobloblobloblologia de las osteo-artritis tuberculosa ofrece tambien
o de é é é é é le principio ó de infección bacilar pura,lento é insi-
a vezzezezezezez es brusca por mas que Nelaton haya descrito esas for-
s,pererererereneero son raras estas invasiones,y lo que observamos en
ca,esesesesesesess como hemos dicho en las osteitis tuberculosas,el do-
e ininininininiencia y evoluciona, en unos enfermos de un modo conti-
plentatatatantntto, en otros, sordo, persistente, y en otros es casi nulo.
Los enerararararararal es que el dolor se acentue y aumente con el ejerci-
iembrorrorrorrbiro afecto, otras veces el dolor es nocturno é intermi-
ps monononononomcovimientos de la articulación enferma son muy limita-

los no apreciando ruido de roce en la articulación al principio, pero más tarde cuando el mal avanza, se notan las crepitaciones.

Desde luego en el enfermo se advierte la actitud viciosa de andar si la lesión ^{es} de la cadera, rodilla ó espinazo, y si es del hombro codo ó muñeca cierta dificultad al querer cojer un objeto.

Observando la articulación en este primer periodo ó fase, vemos la piel blanca, conservando su color, pero está tirante, tiene brillo, parece como barnizada, y se observa una forma más ó menos redondeada, se borran los surcos, y las eminencias oseas, y en ciertos individuos he notado (en la mayoría de ellos) el desarrollo del vello particularmente en los brazos y en las piernas aún en los niños y muchachas que por lo general carecen de él.

Los síntomas generales son iguales ó parecidos á los descritos al hablar de las osteo-tuberculosis. En el periodo de estado, el dolor es menor debido á que las lesiones tuberculosas según dice Maudslaire, se extienden sin dificultad en la articulación, y no están limitadas al tejido esponjoso de las epifisis, siendo fácil la comuni-

cación entre la lesión epifisaria y la articulación.

La hinchazón pierde el caracter liso y regular que tenia al principio,, la piel está pálida, adelgazada, seca y cubierta de escamas, la venas superficiales estan muy dilatadas y visibles. Por la palpación notamos alguna fluctuación, que algunas veces suele ser falsa, pues á mi me ha ocurrido creer encontrar derrame y al punzar no salir liquido, encontrando después de abierta la articulación esas masas gelatiniformes, descritas por Lanelongue.

Encontramos tambien como en la osteitis, la atrofia muscular, que según Vulpian, Charcot, Raymond y otros es debido á una neuritis de origen reflejo y no á la inmovilización prolongada como otros creen. En este periodo de estado, es en el que aparece la supuración tuberculosa en la articulación enferma, formandose los abscesos, ya intra y ya extrarticulares. Unos y otros se fraguan camino por las capsulas y ligamentos asi como por los espacios musculares, hasta ganar la piel, la ulceran y se constituyen las fistulas con los caracteres

yá descritos. Estas fístulas en la mayoría de las veces no conducen á la articulación cuando se introduce el estilete, ni se toca hueso alguno denudado, y sin embargo existe la osteo artritis.

El último periodo de las artritis tuberculosas ó sea el tercero, llamado de acortamiento por el cirujano inglés Barwell; y fistuloso de actitudes viciosas, y luxaciones patológicas por Mauclaire, y al que yo llamo periodo destructivo, pués en la mayor parte de nuestros enfermos yá no existe tal articulación, porque la encontramos totalmente destruida por el proceso, y queda de ella las paredes, á modo de esos grandes incendios que después de destruir un edificio queda solamente el solar con los escombros ó restos del fuego. Así sucede en el último periodo de las artritis tuberculosas, todo ha desaparecido, la sinovial, los cartílagos, articulares, los huesos los ligamentos rotos, desfilachados y sino destruidos del todo, porque como el amianto han resistido por su estructura al proceso, inservibles para el uso á que la Naturaleza les destinó, de aquella articulación

sólo queda el recuerdo. La supuración que sale por las varias fistulas de la piel es una veces continua, las más intermitente, porque ya hemos dicho se trata de un proceso crónico. Cuando nos parece que el enfermo está mejó^r porque apenas si hay supuración, vuelve á surgir de nuevo el pus por las fistulas, se agrava su estado general porque el pus no es sólo tuberculoso sino asociado, y á la septicemia bacilar, se añade la septicemia microcócica, la fiebre consume al enfermo, su demacración es cada día má^s acentuada y generalmente sucumbe, si por esas maravillosas reacciones del organismo, después de sufrir la amputación del miembro el individuo se salva como ha ocurrido algunas veces.

En otras ocasiones después de algún tiempo, las fistulas dejan de segregar pus, la hinchazón de la articulación disminuye, y con desviación, ya por penetración, ya por acabalgamiento ó por luxación verdadera, queda el miembro en una actitud viciosa, se constituye una falsa articulación y queda anquilosado.

MARCHA DURACION Y TERMINACION

terminación en la osteo-tuberculosis puede ser por la curación
la persistencia de las fistulas osteo-cutaneas, por la tubercu-
s visceral, y por la muerte por septicemia tuberculosa crónica.
curación se observa generalmente en esas tuberculosis enquistada
en foco, en las epifisis generalmente, porque en las diafisis las
observado en la clínica eran generalmente de marcha muy
de antigua duración siendo precisa nuestra intervención
salida á los secuestros. A veces las fistulas quedan ce-
por un espacio de tiempo más ó menos largo, y vuelven á abrir
constituyéndose entonces una osteo mielitis tuberculosa prolon-
ó repetición, así es que una fistula de ésta clase es para
de gran importancia para el estudio general y para el lo-
que la articulación, las serosas y los ganglios cercanos es-
azados, y aún acaban por ser invadidos por el bacilo, deter-

minandose yá una artritis, yá una osteo-artritis, una peritonitis una pñeuresia, una meningitis, una flebitis &. que puede hacer sucumbir al enfermo.

La tuberculosis de las articulaciones tiene una evolución más lenta que la osea, pues las artritis duran frecuentemente años, yá sea que permanezcan estacionarias, ó sufra alternativas de mejoría ó de agravación. Kiener y Poulet admiten las fases siguientes y sucesivas: 1ª artritis congetiva 2ª ^s exudativa ó hidra^{rt}vrosis tuberculosa; 3ª plastica fungosa; y 4ª supurada tuberculosa; incluyendo algunos autores como Duplay la variedad galopante.

Evidentemente ésta clasificación es admisible porque nos demuestra y la clínica lo comprueba la marcha y evolución del proceso tuberculoso en las artritis.

La terminación de las artritis es generalmente por anquilosis con ó sin actitudes viciosas, rara vez por restitutio ad integrum y des-

graciadamente como ocurre, por agravación, por osteo mielitis tuberculosas infecciones purulentas múltiples, y por tuberculosis viscerales. Es cierto que hay formas benignas que se curan espontáneamente, y nosotros lo hemos observado, mucho más cuando se ha instaurado desde el principio un verdadero tratamiento, y vemos que no se produce supuración, entonces por la evolución fibro-formativa de que hablamos en la anatomía patológica la articulación enferma queda curada y con movimientos libres si se han atendido debidamente desde el principio, ~~si~~ si esta evolución fibro-formativa ha sido tardía, entonces persisten por algún tiempo, y en algunos casos para siempre una actitud viciosa.

La terminación por anquilosis es la mejor de las maneras de concluir este proceso, pero es preciso evitar las deformidades procurando tener los miembros una buena posición, como diremos al hablar del tratamiento. Ya hemos insistido varias veces acerca de las complicaciones que se originan en el último periodo de las artritis al ha-

blar de su sintomatología por lo tanto pasamos á ocuparnos del diagnóstico.

DIAGNOSTICO

En la osteo-tuberculosis debemos tener en cuenta al hacer el diagnóstico, fijarnos no sólo en el periodo en que se encuentra la lesión, ya sea al principio; en su periodo de estado, ó en el de supuración y fistuloso, sino también en el enfermo que se nos presenta á nuestra observación; tratase del niño ó del adolescente, por ser estos procesos raros en los viejos, (al menos yo no lo he visto nunca.) En los niños débiles, de tipo llamado por los antiguos escrofuloso, con antecedentes hereditarios y que hayan tenido lesiones bacilares anteriores ó concomitantes, como adenitis supuradas &c. es de sospechar al acusar dolores en los huesos y más si se advierte hinchazón de la parte, y si no ha existido con anterioridad una osteomielitis de crecimiento la existencia de una tuberculosis osea, sien

do muy frecuente en ella la llamada ^{ar} espina ventosa en las falanjes de los dedos de la mano y del pié, más frecuente en la primera como hemos comprobado muchas veces en nuestra práctica, Estas hiper-ostosis de los dedos, así como de las diafisis de los huesos largos, podríamos confundirlas con las que produce la sífilis y el osteo-sarcoma, pero en la sífilis los dolores nocturnos, la investigación de otro ^s síntoma ^s terciario ^s los antecedentes anteriores, y cuando estos faltan como nos ocurre muchas veces, el tratamiento específico dan la clave del diagnóstico. El osteo-sarcoma tiene una evolución y marcha más rápida, los dolores son persistentes, aún en el reposo, la hinchazón no es regular, presenta abolladuras, la temperatura local está aumentada, y las venas de la piel se encuentran muy dilatadas y visibles pero ocurre alguna vez confundirlas con focos de tuberculosis ósea. El sarcoma es más frecuente ~~en~~ en los jóvenes y adultos que en los niños. He visto muchos casos de sarcomas y en la imposibilidad de referirlos todos porque entonces éste trabajo se-

ria muy extenso, recuerdo uno de error de diagnostico de un enfermo de 42 años, médico de un pueblo, que se diagnosticó de una osteo tuberculosis de la extremidad inferior del femur, al hacer la operación se vió que era ~~una~~ osteo-sarcoma y hubo que amputar el miembro falleciendo pocos meses después por infección visceral, sarcomatosa. Yo he observado entre los casos que recuerdo, uno de una Sra. á quien se diagnosticó de una tuberculosis de la parte interna é inferior del femur y luego resultó una infiltración de gomas sifiliticas que curaron con el tratamiento específico y pudiera citar muchos casos en los cuales las lesiones tuberculosas son confundidas con las sifiliticas y sarcomatosas.

El periodo de estado, cuando sobreviene la supuración yá entonces es más fácil establecer el diagnostico porque aunque en estos últimos años han sido descritas supuraciones producidas por el bacilo de Eberth y el estafilococos, que siguen una marcha análoga, en general, los conmemorativos esclarecen el error.

Cuando aparece un absceso oxifluente pudieramos confundirlo con un lipoma, una hernia muscular, un quiste hidatidico &. pero examinando el esqueleto en los alrededores del tumor no es fácil confundirlos. Las osteo-mielitis tuberculosas podrían confundirse con la osteo-mielitis aguda del crecimiento en el periodo de se^equestro en vias de eliminación, pero al principio es fácil distinguirlas por la diferente evolución de ambas enfermedades. Hoy con el tratamiento quir^urjico es fácil investigar la existencia de un se^equestro, su consistencia forma y movilidad, resulta más fácil el diagnostico que cuando no existian los medios de que hoy disponemos.

Según Riedel la tuberculosis epifis^{ria} se distingue de la osteo-mielitis del crecimiento por su marcha subaguda ó crónica ó al menos más lenta, por la existencia de síntomas inflamatorios, poco marcados, y porque el pus es líquido, grumoso, caseoso, y se encuentran granulaciones tuberculosas en los abscesos de los alrededores y se^equestros grises, amarillentos y porosos; además se hallará en los con-memorativos algún signo hereditario ó personal.

Clínicamente creo difícil muchas veces hacer un verdadero diagnóstico y entiendo debemos recurrir al microscopio ó ^á la inoculación para poder precisarlo con más claridad.

La sífilis de los huesos, de la tuberculosis, la distinguiremos por la falta de supuración, de fungosidades, por los productos gomosos eliminados, por las fracturas espontáneas y por los efectos del tratamiento verdadera piedra de toque. Aunque es verdad en general y así lo consignan los autores que en la sífilis osea no existen sequestrós, yo he podido comprobar la existencia de uno, en la clavícula de un sífilítico cuyo ejemplar conservo en mi colección, y que me hizo creer al principio se trataba de una osteo tuberculosis pero el análisis histológico que me dió resultado negativo y el tratamiento **específico** empleado que produjo la curación me hicieron salir de dudas.

El diagnóstico de las tuberculosis articulares es difícil al prin-

principio en su forma aguda y francamente inflamatoria pues podemos confundirla con el reumatismo, pero si nos fijamos en la constitución física del enfermo, sus antecedentes y demás datos que damos al ocuparnos de la etiología podremos confundir al principio una artritis tuberculosa con una reumática, pero la marcha, duración, la forma que reviste la artritis tuberculosa nos hará desechar la idea del reuma y pensar en la tuberculosis. Punto es éste de tal importancia y en el que debemos fijarnos mucho, porque lo mismo en la artritis de la cadera, la rodilla, tibio-tarsiana, ó en otras articulaciones, el diagnóstico se impone; porque precisamente la inamovilidad el reposo, &c. cuando dá mejores resultados es al principio en las artritis tuberculosas como diremos al hablar del tratamiento, y si creídos que se trata de una artritis reumática no sometemos al enfermo al plan antituberculoso, no sólo perdemos un tiempo precioso sino que contribuimos con nuestro error al desarrollo del proceso tuberculoso. Frecuentemente en nuestro hospitales y en nuestra

clientela acuden muchos enfermos en segundo y en tercer periodo de lesiones articulares tuberculosas, que han perdido inutilmente el tiempo sometidos á medicaciones antireumaticas.

En la duda, aun cuando se haga uso de la medicación antireumatica, creo que conviene someter á los enfermos al plan antituberculoso, inmovilizando sus articulaciones enfermas y tratándolos como diré más adelante.

La hidartrosis simple se reconoce facilmente por la no densificación de la sinovial, la ausencia de crepitación, los antecedentes sifiliticos blenorragicos &. y en la paquisinovitis plastica con hidartrosis como no hay en ella puntos dolorosos epifisarios ni fungosidades, ni contracturas periarticulares ni actitudes viciosas, no es fácil confundirla con la verdadera artritis tuberculosa ó tumor blanco.

Con el reumatismo crónico y la gota no es posible por ser pluri-

articular, presentarse en los viejos y lo mismo ocurre en la artritis seca á escepción de la escapulo-tuberculosis según Volkman y Demoulins.

La forma hipertrofica de las artritis tuberculosas puede confundirse con el osteo-sarcoma, pero en éste se conservan los movimientos articulares y ni el reposo ni la compresión alivian el dolor, al contrario se aumenta. Al explorarlos con el trocar no dan más que sangre en abundancia y tienen todos los caracteres externos que hemos dicho yá.

Los llamados dolores de crecimiento deben sernos muy sospechosos como dice Lanelongué de una tuberculosis osea, ú osteo-articular, porque el crecimiento como todas las funciones de nuestro organismo debe verificarse sin dolor.

La osteo-mielitis subaguda ó crónica con ó sin supuración articular es á veces difícil de diferenciarla de la tuberculosis articular.

El diagnostico debe basarse en el axamen del pus, en el asiento diafisario del proceso, en la falta de fungosidades, en la existencia de secuestros siempre extensos en las osteomielitis y casi siempre parcelarios en las osteo-tuberculosis.

Las osteo-artritis sifilitica, la diferenciamos en que esta afeccion es indolente, existen gomas; los antecedentes, y el tratamiento especifico aclaran la duda.

Ciertas osteo artritis crónicas, no supuradas, sean ó no infecciosas, son á veces dificiles de diagnosticar pero no presentan tendencia á la supuración como las tuberculosas, y luego son de duracion muy larga. En la duda conviène inclinarse á la tuberculosis, como dije antes al hablar del reumatismo. Koenig habla de ciertas hemartrosis de los hemofilos que simulan una osteo artritis tuberculosa asi como de los quistes hidatidicos osteo articulares y la actinomicosis, que son raras en la practica.

El examen histológico de los líquidos extraídos por una punción exploradora, aclarará el juicio diagnóstico.

PRONOSTICO

El pronóstico de las lesiones tuberculosas en los huesos, depende absolutamente de la forma anatómica, de la forma microbiana, y de las variedades clínicas como dice muy oportunamente Mauclair.

En efecto hemos podido comprobar en nuestra práctica que existen formas benignas que se curan espontáneamente sin que sepamos á que atribuir éste éxito.

No es lo corriente que tal suceda, y lo que casi siempre vemos es seguir una marcha crónica de evolución lenta, y con carácter de malignidad tanto local como general. Hay que tener en cuenta la edad del enfermo, su medio de vida, para poder hacer un pronóstico más ó menos grave, siempre incierto, tratándose de la tuberculosis cuya tendencias á la diseminación ya conocemos. La tuberculosis epifisa-

ria siempre es más grave que la diafisaria, porque la primera por su vecindad con las articulaciones es fácil siempre su propagación, y las artritis son siempre más graves que las osteitis. En las diafisarias tenemos una zona de defensa que no encontramos en las epifisis y esto hace que los focos diafisarios sean menos graves que los epifisarios que apesar de ser operados se propagan por los linfáticos como ya hemos dicho al hablar de los sintomas y en la anatomia patologica. Según el periodo en que se encuentre la lesión, osea así será el pronóstico, tanto más grave en las formas fistulosas, porque ya de antemano el proceso tuberculoso ha recorrido sus diferentes etapas para llegar al periodo de supuración, y el organismo se encuentra infectado y de ahí la frecuencia con que aparecen más tarde las lesiones tuberculosas viscerales.

El pronóstico de las artritis tuberculosas está basado como en las osteitis casi á las mismas condiciones, influyendo en ello la edad; a

así en los niños, el pronóstico es casi siempre favorable, es donde el Cirujano yá por los medios incruentos como la inmovilización de la articulación &. con un tratamiento general adecuado como diremos, obtiene numerosos y buenos resultados á no ser en los casos de formas microbianas malignas, que el pronóstico es siempre grave, el cual se acentua conforme tiene el enfermo más edad. El asiento de la lesión tambien influye en el pronóstico, porque ciertas articulaciones como la tibio tarsiana, la de la muñeca &. por la proximidad de las bolsas serosas y vainas tendinosas, tiende á propagarse como ocurre en la de la cadera cuando invadida la cavidad^d cotiloidea se propaga á la serosa peritoneal la infección tuberculosa, y estas complicaciones hacen el pronóstico muy grave. Las fungosidades tuberculosas de la caja del timpano propagandose á la meninges son muy graves. En la rodilla es más tenáz la tuberculosis por los numerosos diverticulos ó fondos de saco de la sinovial.

■ Cuando se trata de pequeñas articulaciones el pronóstico es mucho menos grave.

La evolución clínica hay que tenerla muy en cuenta porque hay formas microbianas de naturaleza tan maligna que progresan con rapidez invadiendo no sólo la articulación, sino las partes blandas próximas se infartan los ganglios vecinos, y las serosas viscerales, ocasionando un proceso de granulía aguda.

En nuestra clínica hemos observado algunos casos que terminaron así pero en general lo que hemos observado son las formas lentas, más ó menos progresivas, pero siempre con carácter estacionario; y esto en los adolescentes y adultos, por que repito que en los niños menores de diez años la curación es la regla.

■ En general diremos, que las lesiones tuberculosas en las articulaciones supuradas, son más que en las no supuradas, pues en estas sin necesidad muchas veces de un método cruento, suelen curarse los enfermos, no así en las supuradas y apesar de los medios empleados.

El estado general del enfermo hay que tenerlo muy en cuenta para el pronóstico, porque apesar de las lesiones articulares si el estado general es bueno puede asegurarse un buen pronóstico, y la lesión local curará.

Pero desgraciadamente los enfermos que se presentan en nuestra clínica dejan mucho que desear respecto á su estado general y aún local siendo esto causa de que muchos de ellos sean invadidos por las complicaciones viscerales de que yá hemos hablado. Por último aún en los casos de curación franca deben temerse los retornos que suelen ser consecuencia de un traumatismo.

TRATAMIENTO

En dos partes podemos dividir el tratamiento de las tuberculosis de los huesos y articulares; en médico ó farmacológico, y en quirúrgico. El plan farmacológico consiste en el uso de los llamados tónicos reconstituyentes como los fosfatos los iodicos, arsenicales, las

sustaneias grasas como el aceite de higado de bacalao las emulsiones y los preparados de guayacol, iodoformo & medicaciones que a mi juicio más que sobre el bacilo de Kock, obran sobre el organismo en general, dando á los elementos anatómicos las sustancias minerales que obrando yá en la sangre, ya en los huesos, y demás tegidos, sirven para altivar la nutrición del individuo, estableciendo asi verdaderas barreras de defensa, pués hoy sabemos que á mayor grado de nutrición menores probabilidades tenemos de la influencia tuberculosa.

Las inyecciones de guayacol, las de cinamato de sosa y las tuberculinas de Kock mucho se han usado, aún continuan en uso y sus resultados son útiles en algunos enfermos, é ineficaces en otros, no constituyendo y por lo que la práctica me ha enseñado, un recurso seguro que puede evitar y aún curar la tuberculosis. En cuanto á la tuberculosis de Kock más que medio curativo como se creyó en un principio, es un medio de diagnostico infalible sobre todo en la especie

bovina. Quizás en el porvenir por el procedimiento de las pequeñas dosis preconizadas por Guttman **pueda** sacarse algun provecho en beneficio de la humanidad.

Los medios **externos** que empleamos para la tuberculosis osteo articular son el masaje, los baños salinos y sulfurosos, y el calor seco. El masaje bien manual, ó con aparatos, el eléctrico vibratorio ó no, merecen ser empleados á no ser que se trate de fungosidades que no presenten apenas tendencia al reblandecimiento ó de lesiones periarticulares en declinación que hayan llegado á la fase de transformación fibrosa.

Los baños sulfurosos ó salinos son muy útiles en esas formas torpidas de tuberculosis externas, particularmente en los niños después de un tratamiento quirujico, pues las convalecencias en las playas donde á la acción benéfica del agua del mar tan rica en sales como en iodo y bromo se une la pureza del aire maritimo, así como la ali-

mentación, efectuandose la nutrición por la piel, vías respiratorias y tubo digestivo de materiales ricos en sustancias nitrogenadas, que vienen á robustecer al niño debilitado, y que completan el acto del Cirujano cuando ha tenido que intervenir en sus operaciones, tanto en los huesos cuanto en la articulación ó en el absceso frio, si estos han sido los procesos que motivaron la intervención. Aquel tratado de los aires, de las aguas, y de los lugares, de nuestro Hipocrates viene á quedar confirmado para siempre y á traves de los siglos para beneficio de la humanidad. Poco importa que el Cirujano con el hierro ó con el fuego destruya el tuberculo del hueso ó de la articulación, sino ayuda con éstos medios á la nutrición del individuo. Por eso no hay esa división de Medicina y Cirujia más que de un modo convencional, al par que el tratamiento quirurjico se impone la terapeutica farmacologica y lahigienica. Las aguas minerales sulfurosas arsenicales &. encuentran más su indicación en los procesos

icos de caries, fistulas y en España Chiclana, Carratraca, Archidona, Mérida, etc. merecen ser recomendadas pues dan muy buenos resultados se ha podido comprobar en muchos casos.

El seco preconizado por Verneuil rodeando el miembro afecto con una lesión articular con ladrillos ó botellas llenas de agua caliente ó sacos de arena dá algunas veces buenos resultados.

Para terminar éste lijeró boceto del tratamiento médico diré que el agua ocupa un importante puesto en el tratamiento de la llaga, la tuberculosis quirúrgica. La influencia del aire puro y libre de impurezas de todo género, el aire de los campos embalsamado por la acción y nitrogenado naturalmente, del que se desprende de las plantas de la serie llamada aromáticas como el tomillo, el romero, el albahaca, los pinos &c. el aire del mar cargado de yodo, bromo &c. una alimentación sana y sencilla, es el mejor remedio que podemos aconsejar á estos enfermos, y ya nuestro ilustre Tolo-

sa Latour en sus varios escritos y publicaciones y en sus bellisima sanatoria de St^a Clara en Chipiona nos ha demostrado el benefico resultado que dan esos aires, esas aguas, y esos lugares, de nuestras hermosas playas, en los niños escrofulosos y tuberculosos.

Continuar ocupandose del tratamiento higiénico de los tuberculosos seria imposible porque necesitaria una Memoria exclusivamente para hablar de tan vasto asunto, y como aún tengo que ocuparme del tratamiento quirurjico que es bastante estenso, y por otra parte temo cansar al ilustrado Tribunal que tiene la paciencia de escucharme, paso á ocuparme del tratamiento quirurjico.

Este tratamiento comprende los métodos no, cruentos y cruentos. Respecto de los primeros, estos se hallan representados por la inmovilización, la compresión, la revulsión, las inyecciones intersticiales y la electrolisis. La inmovilización la empleamos en la tuberculosis articular de los miembros y de la columna vertebral principalmente y en

efecto es uno de los mejores tratamientos en el principio de una
tuberculosis articular; el reposo ó descanso del miembro afecto. La
inmovilidad de una articulación la obtenemos mediante la aplicación
de un vendaje inamovible, yo empleo el **enyesado**, que es el que más u-
so, por ser el mejor y encontrarlo siempre á mano, ó el silicatado y
el llamado ^{de} barniz que usan los sombrereros. Estos vendajes tienen
gran aplicación en la rodilla, tobillo, codo &. pues aunque también
los aplico en las coxalgias en estas dan mayor resultado la esten-
sión continua con ó sin aparatos, y según que el enfermo tenga que
guardar cama ó no. Caso de permitir andar al enfermo coxalgico em-
pleo un zapato de alza en el pié sano, y dejo colgando el miembro
enfermo, que por su propio peso y sin tocar al suelo, hace la esten-
sión continua, apartando la cabeza femoral del sitio donde por su
presencia ocasiona dolores al paciente, y éste con dos muletas pa-
sea al aire libre evitando así el tenerlo en la cama mucho tiempo

que lejos de serle útil le es perjudicial, porque respira un aire viciado como el de las habitaciones, y prefiero éste método al de inmovilización en la cama.

En mi práctica me ha dado y me dá mejor resultado y en esto estoy conforme con lo que decia en las fracturas del cuello del femur nuestro insigne y nunca bastante llorado maestro el Dr. D. Federico Rubio, que aconsejaba en éstos casos en vez de guardar cama que anduviera el enfermo con muletas, pues asi evitaba la permanencia en cama que origina por el decubito además de las inconveniencias del aire viciado, las cistitis y la uremia de la que sucumben casi todos los ancianos de fractura delo cuello del femur, y por analogia en las coxalgias yo lo he comprobado muchas veces, que el tratamiento de deambulatorio preconizado por Rubio y los citujanos Norte-americanos Sayre y Thomas asi como por Hoffa en Alemania dá muy buenos resultados. El arte ortopedico cuenta con numerosos aparatos de

de extensión continua aplicables de la rodilla, codo, &. (de las tuberculosis) así como en las coxalgias, evitando de éste modo la permanencia en cama y en las habitaciones, Hay casos en los cuales nos vemos obligados á que permanezca en cama el enfermo y entonces tenemos que aplicarle la inmovilización del miembro particularmente en los coxalgicos, haciendo la extensión continua poniendo pesos colgantes desde el simple saco de arena y el vendaje de tiras de aglutinante ideado por Tillaux, hasta el más ó menos complicado aparato ortopédico de extensión continua, pero todos llenan igual indicación, inmovilizan la articulación separando la cabeza del hueso de la cavidad articular para evitar el roce, y con el movimiento mayor actividad en el proceso y mayores dolores en la parte afecta.

La **compresión** es otro medio que empleamos en el tratamiento de las afecciones tuberculosas de los huesos y en efecto yá el vendaje algodónado, yá el que usamos con las esponjas, dan excelentes resultados sobre todo al principio de la afección y en los niños, porque ya

ic
en
en
grave es la lesión tuberculosa.

Sor
pec
iny
nel
clo
en
La revulsión por las rayas de fuego hechas con los antiguos hie-
rros tiene y dáx mejor resultado que las que hacemos con el termo-
cauterio ó con el galvano, pero es preciso como dice, Th. Anger no
quemar los tejidos más allá de la epidermis y hacer pasar tres ve-
ces por lo menos el instrumento.

en
dad
La
puó
gun
del
pos
des
como
El metodo de las inyecciones intersticiales que sabemos consiste
en hacer penetrar en el espesor de los fungosidades sustancias ca-
paces de modificarlas y de determinar su evolución hacia la trans-
formación fibrosa, dá resultados en algunos casos, pero en la mayo-
ria de ellos como dejó dicho no acuden los enfermos sino en perio-
do avanzado de la enfermedad; no es de extrañar que fracasase el proce-
dimiento. Se han empleado para estas inyecciones el acido acético,
nitrato de plata, tintura de iodo, después se han sustituido por el

iodoformo en solución en glicerina y mejor aunque más dolorosas en etér al 5 ó 10 por 100 por la irritación favorable á la reabsorción de los productos morbosos que producen y por la acción específica que tienen sobre los bacilos. Recientemente se emplean las inyecciones intersticiales por el llamado método esclerogeno de Lannelongue, que como sabemos consiste en inyectar una solución de cloruro de cinc al uno por 100 alrededor de las fungosidades, y no en su espesor, describiendo las picaduras en círculo ó corona alrededor del punto enfermo.

Las inyecciones se hacen, poniendo en cada punto cinco ó diez gotas, pudiendo así penetrar en una sesión 20, 40, 60 gotas y aún más según la extensión del mal y la edad del enfermo. La acción caustica del cloruro de cinc determina la obliteración de los vasos por grupos y después la disminución del riego sanguíneo en las fungosidades y la muerte por tanto de éstas, organizándose un tejido fibroso como es lo que conseguimos en el embalsamamiento de los cadáveres.

La electrolisis, practicada con agujas de acero ó de cobre dá á veces resultados ventajosos, pero no se recomienda más que contra la tuberculosis subcutaneas en su principio, en las fungosidades de los ganglios linfaticos, y de las vainas sinoviales.

Los métodos cruentos estan constituidos, por el raspado ó curetaje, y por la escisión de las partes enfermas. El raspado hecho con las cucharillas de Volkman ú de otros autores, tiene por objeto, destruir las paredes de los focos tuberculosos, ya sean estos en las partes blandas como ocurre con los ~~abscesos~~ abscesos frios, ya sea en las epifisis ó diafisis de los huesos, siendo á veces precisa la resección de la parte de hueso afecta. Despues de raspado el foco es preciso y conveniente, cauterizarle, ya con el termocauterio ya con la solución de cloruro de cinc al 10 % rellenando despues la parte con gasa iodoformada ó poni-

niendo tubos de desague bien de goma, cristal, celuloide & para dar salida á los productos de la inflamación provocada por este modo de proceder. Cuando se interviene con el raspado y la cauterización en los primeros momentos en que se aprecia la existencia del pus y de las fungosidades, se obtienen casi siempre exitos lisonjeros, no así cuando acuden los enfermos en periodos avanzados de la infección porqué entonces ni las resecciones, ni las amputaciones, salvan al enfermo, porqué este es ya presa de la infección visceral. En los abscesos frios, el raspado, la extirpación de la neomenbrana tuberculogena si es posible, y las inyecciones de eter iodoformado, previ6 lavado del absceso es lo que nos ha dado mejores resultados.

No somos partidarios de los vegigatorios que vemos emplear á muchos en el principio de la osteo-tuberculosis, porqué estos hacen superar muchas veces y son puertas de entrada á la infección de las partes profundas, por lo que pre-

fiero los botones de fuego. En los abscesos oxifluentes conviene multiplicar las exploraciones para llegar á descubrir el foco oseo, raspándolo desde luego, porqué en vano será dilatar el absceso y dar salida al pus, sió atacamos directamente la fuente ó punto oseo de donde parte el pus, que manando gota á gota, viene á constituir esos focos ó cavidades abiertas en el seno de los tejidos, constituyendo esos abscesos frios llamados por congestión.

Las intervenciones cruentas son indispensables en esos focos tuberculosos que radican en las epifisis, sobre todo, por qué de acudir á tiempo con el raspado y la cauterización, se evita la invasión en las articulaciones, por la proximidad en que estan, y tratandose de las diafisis lo mismo en las osteomielitis, en las que el canal medular esta lleno de pus y de fungosidades ó de secuestros, es imprescindible descubrir el canal medular, haciendo trepanaciones y con la gubia y el martillo abrir una mortaja al

hueso raspando con la cucharilla todo el interior, extrayendo los secuestros, lavando despues con agua sublimada y lavando ~~la cavidad~~ con cloruro de cinc al 10 % rellorando luego la cavidad osea resultante, con gasa iodoformada. Hace tiempo empleo cuando relleno el hueso, la gasa embar-
dunada en una pomada poliantisepctica que tiene la ventaja de no adherirse á las paredes del hueso, de mantener una atmosfera antisepctica y humeda, de favorecer las curaciones tardias dando asi lugar á la reposición de los elementos anatómicos, y como en dicha pomada entran sustancias tales, como el estoraque, y el balsamo de Tolú, que son escitantes; el iodoformo y el ácido bórico, que además entra en su composición como antisepcticos, é incorporado todo á la vaselina, obtengo asi un medio de curación del q que estoy muy satisfecho, porqué á los cuatro ó seis dias de emplearlo aparecen las superficies cruentas llenas y

tapizadas de mamelones carnosos, que aceleran la marcha hacia la cicatrización; teniendo además la ventaja de que con la formación de dichos mamelones carnosos, obtengo una barrera infranqueable que evita nuevas infecciones venidas del exterior, porqué ya antes, el raspado con la cucharilla, y las cauterizaciones se encargan de destruir el foco tuberculoso.

El tratamiento de las artritis tuberculosas hasta mediado del siglo 19, ha sido empírico, empleándose la compresión. los revulsivos y las cauterizaciones superficiales. Los procedimientos de extensión continuas por medio de los pesos, la inmovilización de las articulaciones enfermas, con vendajes y aparatos de ésta ú otra forma, constituían los metodos internos quedando los cruentos reducidos á 1 las resecciones, (rara avis) siendo á la amputación á la que más se recurría. Esto es lo que hemos observado en un periodo de veinte y tantos años en la practica tanto

particular cuanto en los Hospitales. Aún recuerdo gravadas en mi memoria las celebres discusiones de nuestro eximio cirujano D° Juan Craus sobre las resecciones subperiosticas, pero en la mayoría de los casos se optaba por la amputación. ¿ Tendrían razón nuestros maestros para obrar así ? Punto es éste que me ha dado mucho que pensar y que merece ser tenido en cuenta.

Es lo cierto que las primeras investigaciones de Lister y de Nussbaum sobre la antisepsia, los descubrimientos del bacilo de Kock, y los estudios hechos sobre la infección tuberculosa, comparandola al cancer, hicieron que la cirugía ^{entrara} ~~entra~~ en un periodo de actividad vertiginoso, siendo innumerables las resecciones practicadas antisépticamente, pero cuando se vió que por la adopción de métodos incruentos como la inmovilización articular, se conseguían resultados, volvieron á adoptarse estos procedimientos, ideando los Norte Americanos esos vendajes escayolados de Sayre para los escoliosicos, ^{las} coxalgias &, las ferulas almohadi-

lladas, las gotieras de alambre, de estaño, de plomo, los vendajes llamados poro-plásticos, las camas de suspensión, los zapatos de alza, los aparatos de extensión continua y tantos que sería imposible enumerarlos, se volvió también á las inyecciones modificadoras de iodoformo, cloruro de cinc &, y por último á las resecciones atípicas, es decir á la artrectomia y cuando no eran las lesiones demasiado extensas, se aspiraba á evitar la resección ó la amputación.

En la actualidad existen dos métodos de tratamiento, el conservador, y los métodos radicales. El primero, comprende varios procedimientos incruentos, tales como la revulsión, compresión & según llevamos ya indicado al tratar de la osteo-tuberculosis.

Los procedimientos cruentos y conservadores los reducimos á la artrectomia y á la artrotomia.

Hemos indicado ya las ventajas de la revulsión hechas por el fuego ya con el antiguo hierro candente, ya con el termo, unas

veces transcurrente por rayas de fuego, como hacen en cirugía veterinaria, otras veces punteada, produciendo grandes ventajas en el primer periodo sobre todo.

El provocar ~~una~~ extasis venoso, colocando una venda de goma elastica por encima de la articulación enferma vendando primero por debajo, dejandola colocada una parte del dia, es un procedimiento nuevo ideado por Bier, y en el que según su autor dá resultados en los casos no supurados, pues cuando hay fistula el resultado es nulo. Yo lo he empleado en algunos casos sin obtener resultado, pues aunque teoricamente lo que se pretende con este procedimiento es ~~anemiar~~ las partes para dificultar la evolución del bacilo y producir una auto-tuber culinización la practica no ha venido á confirmar los éxitos, y yo no he vuelto á emplear más este procedimiento, ocurriendo lo mismo con la calorificación articular periférica propuesta por Verneuil, con los ladrillos calientes de que hemos hecho mención. La compresión y la inmovilización, si nos ha dado buenos resultados en algunos casos, sobre todo en sus primeros perio-

dos. En cuanto á las inyecciones intersticiales las de iodoformo al 1 por 5 en eter, glicerina, vasógeno & nos dán buenos resultados empleandola según dice De Vos una inyección de 2 gramos 50 centigramos cada seis dias, alrededor de la articulación.

Las inyecciones esderogenas de cloruro de cinc recomendadas por Lanelongue seguidas de la inmovilización de la articulación, no nos han dado el resultado que dice el autor más que en un corto número de casos, bien es verdad que casi todos estos enfermos, cuando llegan á nosotros vienen en segundo ó tercer periodo. Hemos practicado en algunos niños, en artritis de la rodilla la cauterización profunda ó ignipuntura ideada por Richet y recomendada por Vincent valiendonos del termo cauterio atacando á los focos oseos, en diferentes sesiones y anestesiado con cloriformo al enfermito. En los casos de artritis que han pasado al periodo fibroso, y aún en las antiguas anquilosis de la cadera, rodilla, & hemos empleado bajo la anestesia el enderezamiento de la articulación, inmovilizandola

despues,pero no somos partidarios del enderezamiento brusco,porque aunque diga Lorenz que no se producen fracturas ni accidentes,yo no dudo un momento que en sus manos,no ocurra nada de esto,pero en las mñas y al leer que se han observado ataques de granulia generalizada,que se habla de embolias grasientas,de fracturas de huesos,y desprendimientos epifisarios,no conceptuandome con aptitudes para ello,opto por el enderezamiento lento,parcial,repentino,y por la extensión continua sobre todo,esto último en las coxalgias. He tratado muchos enfermos de coxalgia con el zapato de alza y las muletas ideado por Hutchinson y no tengo porqué estar descontento del reultado obtenido. Si quedan deformidades despues de estos medios incruentos,la gimnasia médica bien aplicada,el masaje manual ó electrico,completan la acción de los medios empleados y si desgraciadamente estos no dieren resultado,tendriamos que apelar á los procedimientros cruentos de los que voy á ocuparme,con la brevedad que me sea posible,antes de terminar con las observaciones y conclusiones que se desprendan del estudio que voy haciendo.

M E T O D O S C R U E N T O S

La intervención quirúrgica en las artritis tuberculosas ha sido objeto de importantes discusiones, pues mientras Verneuil sostenía en numerosas observaciones publicadas, que la intervención quirúrgica producía en muchos enfermos ataques consecutivos de granuloma en el Congreso francés de 1889 se consideraban como casos de coincidencia. Ollier y otros autores aconsejan operar á los tuberculosos cuyos pulmones y órganos internos estén sanos, es decir, á los que sufren una tuberculosis local ó localizada, y aún en algunos que tienen una alteración pulmonar de mediana intensidad, porque puede ocurrir, que se mejore el enfermo y aún se cure de su lesión pulmonar.

En efecto, en algunos casos, en enfermos operados de artritis tuberculosa, con tuberculos en sus pulmones, se ha visto retroceder á la afección pulmonar, mejorarse el enfermo y aún curarse. No ocurre así á los que se operan con tuberculosis locales de evolución ma-

ligna, con fiebres, sudores, demacración diarrea, & en estos nada se conseguiria con la intervención cruenta, porque el estado general domina la escena patológica, y cuando la infección es (totius substancie) poco importa quitar de un lado masas tuberculosas y colonias bacilares, porque no se trata entonces de quitar la parte enferma, pues ya el organismo está infestado por la tuberculosis.

Unicamente como paliativo, y por una indicación vital, para calmar los dolores, intervenimos con una artrectomia, pero al fin y al cabo el enfermo sucumbe más ó menos tarde por los progresos de la infección tuberculosa.

En muchas ocasiones se acusa á la operación de ser causa de la muerte del operado, por la granulia que se presenta á posteriori y á mi juicio estando esto de acuerdo con Ollier y con Vernauil, no debemos precipitarnos á operar, porque de no dar resultado en estos enfermos propensos á la granulia, queda desacreditado el cirujano, el procedimiento, y esto hace tambien que muchos enfermos que pudieron y debieron ser operados dejen de hacerlo,

como he tenido ocasión de comprobarlo muchas veces en mi práctica, pues muchos prefieren someterse á otros medios que á la operación. Dos procedimientos tenemos en la operación de las tuberculosis articulares, la artrotomía, y la artrectomía. La primera como sabemos, consiste en abrir la articulación y hacer el lavado de la sinovial, con soluciones iodoformicas, & Generalmente la artrotomía fué practicada principalmente, para las hidrartosis tuberculosas y las artritis con grandes informes. En los casos de artritis supurada conviene así al menos lo hago yo, la estirpación de la membrana sinovial, el raspado ó curetaje y luego el lavado con el cloruro de cinc al 10 % y en otras ocasiones paseo la cucharilla del termo cauterio por toda la superficie articular, particularmente por los fondos de saco sinoviales y despegando la rotula y el tendón del triceps, limpio el fondo de saco de la bolsa serosa de este musculo, que casi siempre se encuentra llena de pus y de fungosidades, Hago esto aún cuando nada haya en la bolsa serosa, por-

que á posteriori; y en muchos casos ha aparecido llena de pus y
fungosidades. Una vez limpia la articulación y sus alrededores, co-
hibida la hemorragia, de los pequeños vasos que el termo se necar-
ga de ello, y bien seca la articulación espolvoreo con iodoformo
en poca cantidad toda la superficie articular y hago la sutura
de los ligamentos y manguito fibroso, con crines de Florencia, co-
loco un tubo de desagüe en el fondo de saco del triceps, y procedo
á suturar la piel, concluyendo despues de poner el aposito, inmovi-
lizan^{do} el miembro afecto, con una gotiera enyesada. Es muy raro en-
contrar un enfermo que se someta á la artrotomia, y en los prime-
ros periodos de su artritis, lo corriente, y lo que yo he observa-
do, es al abrir una articulación, encontrarla en periodo de supura-
ción, y entonces en vez de una artrotomia simple, lo que he tenido
que hacer es la artrectomia seguida de estirpación de la sinovial
enferma, el raspado, y la cauterización como acabo de indicar. Es-
to depende á mi juicio de que al principio, los enfermos tienen
horror á la operación y se someten al uso de los vendajes, inaino-

vibles, causticos &, que si en algunos casos se obtiene la cura -
ción, en otros lo que ocurre es que pasan al periodo de supuración
y de fistulas.

Esta es la realidad de los hechos y lo que la practica demuestra
diariamente, pues aunque no creo se deba intervenir quirurgicamente
desde los primeros momentos, tampoco creo conveniente dilatar de
tal modo nuestra intervención, que sea tarde para obtener la cura-
ción del enfermo. Una vez que con la inmovilización, compresión
&, y demás medios no cruentos, de los que hemos hablado ya no se
obtenga la **mejoría** del enfermo, entiendo que no debemos esperar
más, y entonces practicaremos la artrotomia, la artrectomia, las re-
secciones y en caso de encontrarse invadida no solo la articula-
ción sino la diafisis del hueso llegar hasta la amputación que
es el último recurso á que debe apelar el cirujano, porque aunque
hoy es doloroso el tener que sacrificar un miembro contando con
los medios de que dispone la Ciencia, á veces es preciso mutilar
á un individuo para salvar así su vida.

La artrectomia ha recibido diversas ^{de} denominaciones según los autores. Para Volman^K la artrectomia es la destrucción íntegra de todas las partes blandas de la articulación, y en caso de que estén lesionados los cartilagos, práctica su ablación con la cucharilla que lleva su nombre. Ollier la llama sinovectomia porque dice que la palabra artrectomia quiere decir ablación de la articulación entera, y otros autores emplean indistintamente éstas palabras. Nosotros creemos que la artrectomia comprende varios procedimientos operatorios; porque unas veces operamos un pequeño foco epifisario cortical que viene á terminar en una fistula, otras, es un trozo de cartilago el afecto, en otra la sinovial, en muchos hay necesidad de reseca el hueso ó huesos afectados, &. por eso con la palabra artrectomia quedan comprendidos todos los procedimientos. La historia de ésta operación se remonta á los tiempos de Hipócrates, Galeno y Pablo de Egipto que hablan de resecciones parciales.

En Francia cuando las resecciones subperiosticas de Ollier y los

raspados oseos practicados por Sedillot, se concibió la idea de no estirpar ó destruir más que el tejido enfermo respetando el sano, y esta teoría fué sostenida por Augé y por Letievant que le dió el nombre de artrodexis. Poinot y Lanelongue se mostraron partidarios de éste procedimiento sobre todo en los niños así como Saint-Germain, Bouilly y Falaguier. Ollier en sus obras insiste que "en los niños no se deberá quitar todo lo que está enfermo sino todo aquello que no puede sanar". Efectivamente, en los niños todos están de acuerdo, que se debe respetar cuanto más mejor, porque en ellos como no está terminado, y si en vías de evolución y crecimiento el desarrollo epifisario, es fácil la regeneración de nuevos tejidos, y la formación de las neartrosis, no así en los adultos en que terminado ya el desarrollo de los huesos y articulaciones es más difícil la neoformación.

Delorme, Richelot, Fillam, Kirmisson, Réclus, Chauvel y otros más se declaran partidarios de la artréctomia en los adultos pero en ciertas condiciones.

En Alemania Volkman, Max Schede, Nussbaum, Langenbeck, Koenig, Billrot
Bruns y otros se decidieron por las intervenciones conservadoras.

En Inglaterra á la artrotomia preconizada por Lister sucedió la
artrectomia que practicaron Watson, Wright, Bryant, Owen y otros;
siguiendo adoptando este procedimiento en Rusia, Belgica, Suiza, I-
talia, y en América Sayre asi como en España por Rubio, San Martin,
y otros muchos.

Las indicaciones de ^{la} artrectomia son numerosas: en los niños deberá
empezarse siempre por la artrectomia y en los adultos por la ar-
trotomia exploradora poniendo al descubierto toda la articulación
para poder apreciar asi mejor las lesiones, y proceder despues se-
gún lo que esté invadido.

En los casos de no encontrar más que una epifisitis tuberculosa
bastará con el raspado, estirpando la sinovial si está fungosa .
Si está toda la epifisis enferma habrá necesidad de reseca-la y si
si encontráramos enferma la diafisis, debemos rasparla porque mu-

chas veces se curan sin necesidad de recurrir á la amputación, por que esta debe reservarse en caso de estar enfermo el hueso en su cavidad medular, cuando existe una osteo ~~mielitis~~ **mielitis** progresiva, hay infiltraciones de pus en los espacios musculares, los musculos estan esclerosados, los ganglios vecinos infectados y tuberculizados, el estado general es malo, en una palabra cuando la lesión pase de los limites de la articulacion y sea imposible por la artrectomia dominar la infeccion, entonces no nos queda otro recurso que la amputación.

Observamos en la practica muchos casos de lesiones peri-articulares consistentes en abscesos, fistulas, tuberculos **yyuxta-sinoviales** &, que casi siempre proceden de la articulacion vecina, y en estos casos ésta indicada la artrectomia, particularmente en las formas sinoviales. El manual operatorio de la artrectomia consiste antes de la operacion y previa anestesia del enfermo, en el enderezamiento tanto del miembro afecto y la evacuacion de los abscesos inmediatas á la articulacion á fin de que esta no se infecte. Despues, se incinden las partes blandas, siendo la direccion

de las incisiones según la region donde vamos á operar, y una vez abierta la articulación rasparemos con las cucharillas cortantes de Volkman, Sedillot, ó con la gubia de Legouest los focos tuberculosos oseos, articulares, y todas las partes blandas peri-articulares infectadas por el bacilo, investigando y persiguiendo á estas fungosidades en los fondos de saco normales y anormales de la sinovial, sin abusar de la cucharilla destruyendo los tejidos sanos. Hecho esto lavamos la articulación con la solución de cloruro de cinc al decimo, y despues se procurará la regularización de las partes colocandolas en extensión, siendo preferible en algunos casos no hacer la sutura cerrada sino lo que hacen en Alemania, taponar la herida con gasa iodoformica, atrayendo los tegumentos sobre el tapon de gasa y fijandolos por medio de algunos puntos de sutura. Muchas veces hemos hecho la artrectomia por este procedimiento y nos felicitamos de sus resultados, porque haciendo estas curas al semi-descubierto podemos observar la marcha de su curación, pues algunas veces nos ha ocurrido suturar sin drenaje y á los

pocos dias hemos tenido que soltar los puntos porque la articulacion estaba supurada, y en otras ocasiones reproducida las fungosidades que tuvimos que volver á cauterizar, y raspar. Por mucho cuidado que se tenga, ocurre con frecuencia la reproduccion del mal, y en estos casos, conviene más tener á la vista la articulacion que no cerrarla del todo.

Las recidivas frecuentes despues de la artrectomia han sido y son objeto de reproche, y yo creo que si esta opebacion se practicase más precózmente y haciendo la cura con mayor cuidado serian menos frecuentes las recidivas. Cuando se interviene de nuevo y con rapidez, estrayendo lo que haya podido quedar de fungosidades, ó las que nuevamente se hayan formado, es facil dominar el proceso, porque ya sabemos que éstas lesiones disminuyen de virulencia con el tiempo, pues muchos enfermos se curan y la artrectomia es una operacion que tiene la ventaja de conservar al miembro toda su longitud, y hasta sus movimientos, como yo he podido comprobar en algunos niños quedando aptos para su funcion el miembro afecto y

y según Meheu se reforma hasta la sinovial. Ciertamente que la artrectomía presenta los inconvenientes de una curación larga, porque el foco no queda siempre desinfectado; de que la supuración prolongada debilita al enfermo; y que la consolidación es tardía y algo deforme, pero estos inconvenientes son menores que si^{se} se deja abandonado al enfermo, y tenemos que someterlo á una resección que siempre deja más acortamiento del miembro y la pérdida para siempre de una articulación que pudo regenerarse. Somos pues partidarios de la cirugía conservadora, sobre todo en los niños, y creemos por que así nos lo demuestra la práctica, que cuanto más pronto se intervenga en el tratamiento de las osteo artritis tuberculosas, más artrectomías se harán y menos resecciones y amputaciones serán precisas, evitando así el triste espectáculo de tantas mutilaciones como vemos, por que al fin y al cabo curar no debe ser destruir un miembro sino conservarlo, que es la misión de la cirugía hoy que cuenta con medios poderosos para ello. Por último y para terminar el tratamiento de la osteo-artritis tuberculosas diremos

dos palabras de las resecciones, amputaciones y desarticulaciones que constituyen el tratamiento radical.

Las indicaciones de la resección total se deducen de la edad del enfermo, de su condición social, del asiento de la tuberculosis, de la extensión de sus lesiones, de sus variedades y del estado general del sujeto. Ya hemos insistido varias veces que en los niños es preferible la artrectomía porque aún no ha terminado el crecimiento de los huesos, por tanto, no deben resacarse más que ciertas articulaciones, como la rodilla y las de la cadera. La posición, tenemos que no olvidarla para los pobres que tienen que estar mucho tiempo en un hospital, es preferible la amputación, porque les libra del aire infecto según dice Mauclair y yo no estoy conforme más que en parte con su modo de pensar, porque para eso deben los Hospitales tener condiciones especiales de salubridad. En cuanto al asiento de la tuberculosis en los miembros producen excelentes resultados las resecciones típicas no así en el raquis, y en la cadera sobre todo en los adultos, pues las coxalgias son más

resec graves en estos que en los niños según ha demostrado en sus ejercicios del Hospital de la Princesa nuestro inolvidable Dr. Rubio. Para La extensión de las lesiones y ciertas formas de evolución unas son tributarias de la resección y otras de la amputación, según hemos dicho ya así como el estado general del sujeto. La edad demasiado avanzada, la necesidad de una curación rápida en los pobres atacados de lesiones pulmonares y que presentan lesiones osteo tuberculosas^s múltiples, las lesiones diafisarias extensas, y sobre todo la malignidad del proceso, contraindican las resecciones y tenemos que apelar muy a pesar nuestro á la amputación ó á la desarticulación según de la articulación de que se trata. En una vez indicada la resección, la practicaremos según los procedimientos generales y particulares de cada región, siendo las que practicamos en el miembro superior de mejores resultados, para el funcionamiento que las del miembro inferior, pues si bien gana el miembro en solidez cuando de la pierna se trata, lo pierde en movilidad, cosa que no ocurre en las del hombro y el codo. En las

resecciones coxo-femorales queda siempre un gran acortamiento, y se necesita el uso de aparatos para poder andar.

Para resumir cuanto llevamos indicado acerca del tratamiento diremos, que en el primer periodo de la osteo-artritis tuberculosa, conviene según Lanelongue y la observación así lo ha demostrado, el reposo absoluto de la articulación, inmovilizándola con vendajes enyesados & y colocando el miembro en la mejor actitud. La extensión continua está muy indicada, en la cadera, hombro, raquis. &. La inmovilización simple en la rodilla, tobillo, codo, muñeca y dedos, debiendo evitarse la estancia en pié y la marcha en las lesiones del miembro inferior. (cadera y raquis.)

En el segundo periodo, las inyecciones caústicas profundas de cloruro de cinc ó de iodoformo. La apertura de los abscesos, el raspado y la extracción de los sequestros. La artrectomia y artrotomia encuentran aquí su indicación para destruir los focos tuberculosos, y en las recidivas volver á intervenir raspando y cauterizando. Las resecciones típicas no deben ser precoces y están indica-

das en las lesiones muy extensas asi como la amputación según dejamos ya indicado.

En l

mí o

á. de

trab

Oba



ción en OBSERVACIONES
dos los sint...

En la imposibilidad de reseñar los numerosos casos observados por mí durante veinte y cuatro años que llevo de practica, me limitaré a dar á conocer algunos que confirmen lo que dejo dicho en éste trabajo.

Observación 1ª.- José Lopez de 37 años sin antecedentes patológi-

en la clica ingresa en la Clinica de San Cayetano del Hospital el 26 de Febrero de 1899, con una inflama-

ción en la región coxo-femoral derecha, simulando una coxalgia, pues habia cojera, acortamiento del miembro &, tenia una fistula al nivel del pliegue

formada y gluteo por la que manaba pus tuberculoso. Le ope-

José Foxeré del mismo mes encontrando una osteoperiostitis del extremo del trocanter mayor, cariado y con un foco lleno de pus y de fungosidades que legré rellenando el

foco con gasa iodoformada, no encontrando altera-

ción en la articulación y desapareciendo poco á poco todos los síntomas que simulaban la coxalgia encontrándose este enfermo completamente curado el 16 de Junio de dicho año.

Obs. 2^a-

Justo Rios de nueve años sin antecedentes más que el de una caída de un árbol, hacia más de un año, empezó con síntomas de osteoperiostitis en la pierna derecha. Ingresó en la clínica el 3 de Octubre de 1900, y le operé de sequestrotomía, extrayendo un sequestro que tenía todo el largo de la diafisis encontrándose la cavidad medular llena de pus y fungosidades, que raspé y lavé con cloruro de cine al 10 % rellenando la cavidad con gasa iodoformada y curando á los tres meses de operado.

Obs. 3^a-

José Pozo de 21 años con una fistula supurada á nivel del extremo inferior del humero en su lado interno, en comunicación con la epitroclea que se encontraba desnuda-

dada ulcerada y con un foco lleno de pus y fungosidades sin interesat la articulación, hice el raspado lavado con

Obs. 6^a- el cine y relleno con la gasa iodoformica el dia 22 de Junio saliendo curado dos meses despues.

Obs. 4^a- Enrique Rodriguez Cordero, niño de cinco años, con una artritis tuberculosa del codo derecho ingresó en la Clinica y fué operado de resección del codo el 18 de Mayo de 1901 saliendo curado tres meses despues. En éste niño se dió el caso de que llevaba más de un año de padecimiento probablemente empezaría por una epifisitis que con el abandono por no ser sometido al tratamiento adecuado, invadió la articulación.

Obs. 5^a- Pepita R. niña de tres años, con una osteoperiostitis tuberculosa en la epifisis inferior é interna de la tibia le hice el raspado de dicha porción de hueso afecta, lavado con el cine & , el dia 20 de Abril de 1889 en su casa,

y curó al més, en la actualidad esta casada y goza de buena salud.

Obs. 6^a- El niño de cinco años Antonio Muñoz, con una artritis tuberculosa de la rodilla derecha datando su mal desde Septiembre de 1899, sin más antecedentes que haber tenido sarampion, estuvieron curandolo por una artritis reumática, hasta que ingresó en la Clinica el dia 4 de Mayo de 1900, en que le operé de resección de la rodilla, pues estaba interesada toda la articulación y las epifisis de los huesos, curando á los dos meses de la intervención. Este caso demuestra tambien que de haber intervenido á tiempo se hubiera evitado la resección.

Obs. 7^a- Gil Junco Gabito, montañez de 17 años lo ví el 15 de Septiembre de 1892 por primera vez con una artritis tuberculosa de la rodilla izquierda en periodo de supuración y con varias fistulas siendo su estado general poco ó nada

satisfactorio, estaba palido, le daban fiebres &, pero nada un año una fistula en el maleolo interno, habia en sus pulmones, Databa su enfermedad de más de un año atribuyendola á una caída, y tambien sometido á un tratamiento antireumatico y con paliativos. El dia cinco de Octubre procedí en su casa, á hacer la resección de la rodilla, encontrandome no solo completamente destruida la articulación y las epifisis de los huesos, sino que la diafisis del femur estaba destruida á diez centímetros por encima de los condilos, y tuve que proceder en el momento á la amputación del muslo por el tercio medio, dándole el

pués. alta curado en los primeros dias de Noviembre, Este joven se puso tan grueso que parecia otro individuo, pero dos años despues contrajo una blenorragia y murió de tuberculosis pulmonar según me dijeron, allá en Santander de donde me diagnosticar bien y á tiempo esta clase de enfermedad de era natural.

Obs. 8ª.- La niña Filomena Garcia de cinco años tenia hacia más de

artritis tuberculosas. Hemos llega

un año una fístula en el maleolo interno por la que mana-
ba pus, los movimientos de la articulación tibio-tarsiana
izquierda que era la afecta casi abolidos y muy dolorosos;
reconocida penetra por la fístula el estilete, encontran-
do fungosidades y rasposo el astragalo por su cara inter-
na. La operé de astragalectomía encontrando llena de pus
y fungosidades la ranura calcaneo-astragalina, que legré
lavando después con la solución de cloruro de cinc al 10
% y relleno con gasa iodaformizada curando tres meses des-
pués. patogenia de la tubercu

Pudiera citar muchisimas observaciones que en mi prác-
tica he tenido ocasión de observar, pero con las descrip-
tas creo que basta para demostrar la necesidad que tenemo
mos de diagnosticar bien y á tiempo esta clase de lesio-
nes, y sobre todo de disponer un tratamiento que evite las
complicaciones á que dan lugar el abandono de las osteo-a

artritis tuberculosas. Hemos llegado al ~~terminar~~ de éste modesto trabajo y de él sacamos las siguientes conclusiones, como corolarios de las ideas sustentadas en el mismo.

1.^a- El estudio de la tuberculosis de los huesos y articulaciones constituye hoy uno de los problemas más interesantes que el médico tiene que resolver, por qué estos procesos tuberculosos diezman á la humanidad y de la localización del tuberculo en un hueso ó en una articulación se pasa á la infección visceral siendo la tuberculosis del pulmon la forma más frecuente.

2.^a- La patogenia de la tuberculosis lo mismo la de los huesos y articulaciones que la visceral es única, encontrando se, el bacilo de Kock en todas ellas, y aunque se admiten formas pseudo-tuberculosas confundidas con la escrofula éstas constituyen la excepción.

3.^a- En la patogenia de las tuberculosis articulares, admitimos las formas microbianas, las puras y las mixtas ó asociadas

asi como su mayor ó menor grado de virulencia y por tanto su más ó menos malignidad.

4ª- La etiologia de las osteoartritis tuberculosas es la misma que la de todas las lesiones tuberculosas en general. La herencia, el contagio, el genero de vida, la alimentación, aireación y los medios sociales en que se desarrolla y vive el individuo, contribuyen mucho cuando estos son antihigienicos al desarrollo de la tuberculosis.

5ª- Contribuye tambien al desarrollo de la tuberculosis en los huesos como causa predisponente local, la estructura de ciertas epifisis de los huesos largos como el humero femur &, y las vertebras en que abunda el tejido esponjoso originandose verdaderos nidos de tisis ósea que luego se propagan á la articulación y á las diafisis.

6ª- Respecto á la transmisión de la tuberculosis y su entrada en el organismo, esta demostrado que el bacilo se en-

encuentra

cuentra en todas partes, en todo cuanto nos rodea, en el aire en los esputos desecados, en la leche & y las vías de introducción especialmente son las respiratorias y digestivas, la piel &, siendo más frecuente por las primeras.

7ª.- Siendo uno el proceso tuberculoso, si llamamos tuberculosis quirúrgica á la de los huesos y articulaciones es por qué son del dominio de la terapéutica operatoria, al paso que la tuberculosis pulmonar es del dominio del médico por más que se hallan hecho tentativas operatorias en esas vísceras, que no han dado resultado.

8ª.- La tuberculosis de los huesos, es más frecuente en las epífisis, de estos en los niños, al paso que la diafisaria es más común en los adultos.

En las epífisis aquellas que tienen más tejido areolar y menos compacto son las más invadidas.

9ª.- En la sintomatología de las osteo-artritis tuberculosas encontramos tres periodos : el primero que es insidioso,

el segundo de supuración, y el tercero de fistula y de infecciones asociadas.

10100^o- En el último periodo de las artritis tuberculosas observamos no solo las fistulas, sino el agotamiento del miembro, las luxaciones patológicas y las actitudes viciosas.

11111^o- La marcha, duración y terminación de estos procesos suele ser lenta, insidiosa y crónica no siendo raras las recidivas, la infección general á las visceras, la tuberculosis pulmonar consecutiva, y á veces coexistente yá con la lesión osea ó articular. Por lo general las artritis tienen una evolución más lenta que las lesiones oseas, y terminan por la curación, ó por quedar anquilosado un miembro.

12122^o- En el diagnostico de estos procesos no basta con fijarnos en el periodo en que se encuentra la lesión, sino en el conmemorativo y en el estado general del enfermo la edad, su profesión &, asi como el periodo de evolución del proceso,

su marcha &, para no confundir ciertas neoplasias y discrasias con el proceso tuberculoso.

- 13ª.- El pronostico de las osteoartritis tuberculosas depende de la forma anatómica, de la forma microbiana y de sus variedades clinicas .
- 14ª.- El tratamiento puede ser médico ó farmacológico, higienico y sobre todo quirurgico. Los medios higienicos deben ser los primeros por que muchas veces acudiendo á estos no necesitamos ni los farmacológicos ni los quirurgicos.
- 15ª.- Entre los medios externos que empleamos para la tuberculosis osteoarticular merecen ser adoptados el masaje, los baños salinos y sulfurosos, además de la cura al aire libre en el campo, en las playas, &.
- 16ª.- El tratamiento quirurgico comprende los metodos no cruentes y los cruentes ú operatorios. Los primeros y á los que se les dá la preferencia son la inmovilización , la

compresion, la revulsion, las inyecciones intersticiales y la electrolisis.

17^a-^b- Los métodos cruentos estan representados por el raspado ó curetage y por la escision de las partes enfermas. En las lesiones tuberculosas de los huesos el raspado y la cauterización con el termo, los lavados con el cloruro de cinc al 10 % y el relleno con la gasa iodofórmica merecen la preferencia.

18^a-^a- En las artritis tuberculosas, cuando fracasan los medios incruentos debe darse la preferencia á la artrotomía para investigar el estado de la articulaci6n y si las alteraciones que encontramos son de tal naturaleza que no baste con la artrotomía y el lavado de la articulaci6n, se impone la artrectomía ó extirpaci6n de la sinovial y demás tejidos de la articulaci6n, respetando las partes sanas.

19^a-^a- Las resecciones deben dejarse para los casos en que las lesiones oseas sean de tal naturaleza que no bastando el

raspado ó estando las epifisis muy destruidas se haga precisa la resección pero hemos de ser muy reservados sobre todo en los niños.

20ª.- La amputación debe dejarse para aquellos casos en que el miembro se encuentre afecto de una osteomielitis tuberculosa, primitiva ó consecutiva á la lesión articular, el estado general se agrave por los progresos de la infección y sea necesario sacrificar un miembro para salvar la vida.

He dicho.

Sevilla 31 Agosto 1905.

Manuel Parizo y Obispo

Admisible

Sub Escriba

Admisible

J. M. Parizo

Admisible
Benedico Flori



H. Torres

Día 10 de Octubre de 1801

Verificó el ejercicio del grado
de Doctor y fué calificado de Aprobado

Redencio Floris

Alto
D. Juan Vicens

A. Thomas Barredo

Marcos Jimenez

M. Manguera

~~H. Manguera~~